**دستورالعمل اجرایی**

**راه اندازی مجتمع های سلامت**

**راهبردی برای استقرار و توسعه برنامه پزشک خانواده ونظام ارجاع**

**معاونت بهداشتی**

**دانشگاه علوم پزشکی تبریز**

**اسفند 1392**

## مقدمه :‌

**تغییر و تحولات عصر مدرنیسم و عدم مدیریت درست منابع انسانی، طبیعی و اقتصادی موجب دگرگونی نیازهای اجتماعی و ایجاد پیچیدگی های منحصر به فرد آن در قرن حاضرگردیده است . فقر ، شیوع روزافزون بیماریهای غیرواگیر ، اختلالات ناشی از رفتارهای پرخطر، خشونت، انواع آسیب های اجتماعی، حوادث ، بلایا و... سبب تغيير چهره بيماري و مرگ گرديده. اگر درکنار این تغییرات توسعه نیافتگی برخی کشور ها را نیز در نظر بگیریم ، دورنمای چندان امید بخشی را برای سلامت نمی توان متصور بود. این امر در کشور ما با وضعیت خاصی روبروست. کشور ما علیرغم اینکه در مسیر گذر سلامت بوده،سالیان سال در زمره کشورهای توسعه نیافته بحساب آمده است، و در دهه های اخير بدنبال راه اندازی نظام مراقبت های بهداشتی اولیه با وجود دست آوردهای شگفت آور و ارتقای شاخص هاي سلامت ، الگوی بیماریها در آن به شدت از بیماریهای واگیر به سمت بیماریهای غیر واگیر و رفتاری در حال دگرگونی و تحول است. البته بيماريهاي نوپديد (ايدز، آنفلوآنزای حیوانی و...) و بيماريهاي بازپديد (سل و مالاريا) نيز به نوبه خود باعث افزايش مخاطرات و بالطبع هزينه های مرتبط شده اند مي گردند.**

**به دنبال چنین وضعیتی، روند تنوع تخصص ها و نیز تغییر در فن آوری های خدمات سلامت لحظه به لحظه دگرگون شده و به تبع آن از یک سو هزینه های درمانی به طور سرسام آوری افزایش پیدا می کند و از طرف دیگر تقاضای جامعه برای دریافت خدمات سلامتی افزایش می یابد، لذا مردم مجبور می شوند به دلایل مختلف ( عدم تشخیص ومداخله به موقع، نداشتن مهارتهای زندگی فردی، اجتماعی و بهداشتی و... ) بار سنگین و کمر شکن هزینه های خدمات سلامت را در سبد اقتصادی خود و خانواده شان تحمل نموده و چه بسا نتوانند از عهده آن برآمده و در نتیجه با عوارض شدید مشکلات بهداشتی و درمانیروبروو کیفیت زندگی شان به حداقل ممکن تنزل پیدا کند. علاوه بر این، عدم دسترسی عادلانه و همگانی به خدمات با کیفیت سلامت نوعی بی سامانی ، بی ثباتی و در هم ریختگی در سیستم سلامت جامعه ایجاد نموده و امنیت روانی و اجتماعی مردم را با خطر جدی مواجه کرده است. مجموعه این موارد ضرورت بازنگری در ساختار، برنامه، مدیریت و منابع مالی سلامت را بیش از پیش مورد تاکید قرارداده و متولیان امر را جهت تسریع در ساماندهی سلامت جامعه فرا می خواند.**

**پاسخ به چنین فراخوانی، از جمله رسالت ها و ماموریت های اصلی و اساسی نظام سلامت است. نظام سلامت از نظر ساختاري به مجموعه اي گفته مي شود که تامين ، حفظ و ارتقاي سطح سلامت افراد، توجه به نیازهای غیرپزشکی و در عین حال مرتبط با سلامت ( رفاه اجتماعی) و نیز تامین منابع عادلانه مالی و تسهیل مشارکت عامه مردم در توسعه و سلامت را مورد توجه و پیگیری قرار می دهند. حال با توجه به وضعیت پیشگفت نظام سلامت کشور نیازمند مداخله ای جدیدتر در جهت ارتقای کمی و کیفی خدمات سلامت بوده به طوری که این مداخله بتواند ماهیت چند بخشی خدمات را مورد توجه قرار دهد و بر اقدامات و تصمیم گیری های مبتنی برشواهد در حل مشکلات سلامت متمرکز شود. سطوح مختلف بخش سلامت را باهم مرتبط سازد، خدمات را به صورت تیمی طراحی و ارائه کند. ساده، در دسترس ، نتیجه گرا و قابل ارزش گذاری و هزینه اثربخش باشد. منطبق بر ساختار موجود( PHC) بوده ، قابلیت اجرایی داشته باشد. از جامعیت لازم خدمات سطوح مختلف برخوردار باشد. طرح چنین ویژگیهایی موجب گردید تا متولیان نظام سلامت قالب مورد تطبیق با این ویژگی ها و استانداردها را مورد بررسی قرارداده و در انجام اصلاحات نظام سلامت مد نظر قرار دهند. اولین گام در این ارتباط راه اندازی تعاونی های بهداشتی درمانی و اجرای پروژه شبکه جامع تبریزبود که در سال 1379 در استان آذربایجان شرقی شکل گرفت و مورد بازدید و تایید مدیرکل وقت سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. پس از آن ضمن مباحث کارشناسی و بررسی تجربیات سایر کشورها در زمینه خدمات ارتقای سلامت موضوع در سطوح مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد پیگیری قرار گرفته بود تا الگوی مناسب و بومی شده آن طراحی و به مرحله اجرا گذاشته شود. تا اینکه استراتژی راه اندازی و استقرار بیمه های همگانی و نظام سطح بندی و ارجاع در سطح روستا به عنوان یک اولویت مهم مورد توجه و در سال 1384 با استقرار برنامه پزشک خانواده جامه عمل پوشانده شد. به طوری که تقریباً تمامیروستاها و شهرهای زیر 20 هزار نفر تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در آمد و تیمی متشکل از پزشک، ماما، بهورزو کاردان و کارشناس بهداشتی تحت عنوان تیم سلامت مسئولیت سلامت جمعیت تحت پوشش در سطح کشور را عهده دار گردید.**

 **بعداز استقرار طرح پزشک خانواده ، با وجود نوپایی و تنگناهای متعدد مدیریتی، اقتصادی و فرهنگی ، تیم سلامت توانست نقش برجسته و منحصر به فرد خود در نظام سلامت و ارتقای کمی و کیفی شاخص های سلامت را بطور نسبی به منصه ظهور و بروز بنشاند. این تجربه گرانسنگ و ذیقمیت ، جسارت مداخلات موثرتر، اساسی و فراگیرتر در نظام سلامت را در متولیان ذیربط برانگیخت به طوری که توسعه ، فراگیری و گسترش پزشک خانواده در مجموعه نظام سلامت از اهداف مدیران ارشد و مقام عالی وزارت و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در برنامه پنجم توسعه قرار گرفت و بدنبال آندر سال 1390 گام جدیدی در دو استان مازندران و فارس تحت عنوان پزشک خانواده نسخه 02 برداشته شدکه علی رغم دست اوردهای مثبت آن،مشکلات عمده ای از جمله ضعف در تولیت، مغفول ماندن نسبی خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت،عدم ارتباط منسجم سطوح مختلف، مشکلات جدی در گیری پزشکان متخصص در پاسخ به ارجاعات، مشکلات درمراقبت از بیماریهای مزمن، مراجعات بیش از حد خارج از پزشک خانواده، نداشتن نظام ارزشیابی منسجم و علمی، درمانگر شدن پزشکان خانواده (باز ماندن از وظایف اصلی) و نهایتا نارضایتی پزشکان خانواده / مردمدرآن به چشم خورد.**

**در برنامه جامع پزشک خانواده بایستی شهر و روستا هر دو از یک سفره متعادل، با کیفیت و متناسب با ذائقه آحاد جامعه متنعم شوند و این طرح با سطح بندی درست و کاملاٌ مرتبط با هم به طور سیستماتیک، خدمات تخصصی با کیفیت مطلوب را در سطح اول، دوم ، سوم و چهارم ( توانبخشی ) در کل جامعه تحت پوشش خود تدارک، پیش بینی و تامین نماید. در چنین شرایطی باید سطح اول جمعیت، منطقه و نیازهای سلامت در ابعاد مختلف را بررسی، احصا و اولویت بندی کند، مداخلات خود را مبتنی بر پکیچ های علمی و فنی اجرا و تاحد ممکن مشکلات سلامت مردم را در سطح اول مدیریت و مرتفع کند. افرادنیازمند مراقبت ویژه در گروههای سنی و جنسی مختلف ( کودکان، نوجوانان، مادران، زنان و خانواده های بی سرپرست، بد سرپرست، بیوه، سالمندان، مردان و زنان دارای بیماریهای مزمن، صعب العلاج، افراد دارای رفتارهای پرخطر در جمعیت تحت پوشش خود و... ) را شناسایی، به طور مرتب آنها را ویزیت، بیماریابی، ارجاع و تحت مراقبت و دردوره های زمانی مختلف و مورد نیاز هر فرد را مورد پیگیری قراردهد. سطح اول به شکلی ارگانیک، مشخص و با سیر معینی با سطح دوم و سوم ارتباط برقرار کرده نوع مداخلات به عمل آمده را پیگیری و تداوم آن را مدیریت کند. سطح دوم و سوم نیز ضمن تعامل و همکاری تنگاتنگ با سطح اول، خدمات فنی، تخصصی و مدیریتی مورد نیاز سطح اول را تدارک، پشتیبانی و با کیفیت مطلوب ارائه کند. مجموعه این فرآیند موجب خواهد شد تا فرد، خانواده و جامعه هدف، با طیب خاطر از اینکه سیستمی به طور خودکار روند سلامت او را رصد و تحت مراقبت قرار می دهد مطمئن شده و ضمن همکاری بیشتر با اجزا و سطوح مختلف از مراجعات مکرر، بی هدف و انجام هزینه های غیرضروری اجتناب کند.**

**با چنین رویکردی برنامه پزشك خانواده ونظام ارجاع خواهد توانست کل مقوله سلامت را در ابعاد فردی، اجتماعی، روانی و معنوی مورد توجه قراردهد. زمینه ها و علل بروز بیماریها را به موقع ارزیابی، شناسایی و مدیریت کند. وجود مشکلات، اختلالات و بیماریهای احتمالی را در جمعیت تحت پوشش به موقع شناسایی ، تشخیص، درمان، ارجاع و مورد پیگیری و درمان تخصصی قرار دهد. ضمن تشخیص زودرس و مداخله به هنگام هزینه های درمانی افراد، خانواده ها و نظام سلامت را به حداقل ممکن کاهش داده و تعدیل نماید. دسترسی مردم به خدمات با کیفیت مطلوب را تسهیل و عدالت در سلامت را معنی واقعی کلمه محقق سازد. دیوار بی اعتمادی مردم و نظام سلامت را به پل مستحکم ارتباط مردم و نظام سلامت تبدیل کند.**

**برنامه پزشک خانواده سندی فرابخشی و ملی است که مبتنی برسياستهاى ابلاغی مقام معظم رهبرى درحوزه سلامت وقانون برنامه پنجم توسعه كشور و در راستای تحقق اهداف متعالی سند چشم انداز بیست ساله نظام مقدس جمهوری اسلامی شکل گرفته است و در برنامه پنجم توسعه اجراى برنامه پزشك خانواده براى تمام مردم شريف ايران ازتكاليف مهم دولت دربخش سلامت به شمار می آید. لذا تمام دست اندركاران نظام سلامت ازسطوح کلان ملی( دولت، مجلس و...)ستاد وزارت خانه های بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، تعاون،كار و رفاه اجتماعی تا محيطی ترين واحدهای ذیربط و به ويژه پزشكان و تيم سلامت در ساختار آن باید ایفای نقش نمایند. دراین جهت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز با داشتن تجاربگرانسنگی در زمینه پروژه شبکه جامع و استقرار تعاونی های بهداشتی درمانی وبا بسیج مجموعه صاحبنظران و افراد ذیصلاح در این ارتباط در صدد است به تاسی از سیاست های کلان و ملی در حوزه سلامت کشور، پزشک خانواده را در استان آذربایجان شرقی به شکل کامل، جامع و با کیفیت متمایز سیاستگذاری، طراحی و به مورد اجراگذارد تا بتواند دین خود را درقبال سلامت جامعه به نحو احسن ایفا کرده باشد. در این میان ضمن تشکر از تمامی دست اندرکاران سطوح ملی، منطقه ای و محیطی که در این زمینه فعالانه ما را مورد توجه و حمایت قرار داده اند دست یاری به سوی تمام اساتید ارجمند، کارشناسان دلسوز و مجرب ، پزشکان و پیراپزشکان عزیزی که خط مقدم این برنامه هستند دراز نموده و دست یاری شان را در اجرای درست و اثربخش این برنامه در استان صمیمانه می فشاریم.**

## اهداف‌ طرح

**اهداف غایی :**

1. **ارتقای سلامت مردم**
2. **افزايش رضايت گيرندگان و ارائه دهندگان خدمت**
3. **کاهش پرداخت از جیب مردمOOP و هزینه های کمرشکن**

**هدف‌ كلي‌ :**

**استقرار و توسعه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان آذربایجان شرقی**

**اهداف‌ اختصاصي‌ :**

1. **ارتقای بسته خدمات سلامت**
2. **اصلاح ساختار و سازماندهی جدید منابع**
3. **اصلاح روش های پرداخت**
4. **ارتقای رفتار گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت**
5. **اصلاح قوانین و روش های در جذب و بکارگیری منابع**
6. **افزایش پوشش خدمات به مردم**

**استراتژی:**

**راه اندازی مجتمع های سلامت در مناطق روستایی و شهری**

**پیامدهای طرح :**

* **افزايش كيفيت خدمات ارائه شده به مردم**
* **افزايش دسترسي مردم به خدمات سلامت**
* **افزايش هزينه- اثربخشي خدمات**
* **ايجاد اشتغال برای فارغ التحصیلان حرف پزشکی**
* **توزیع متناسب درآمد بین پزشکان**
* **ایجاد زمینه برای آموزش و پژوهش جامعه نگر**
* **تسهيل مدیریت در امر نظارت بر ادارة مراكز بهداشتي و درماني**
* **تربیت منطقی نیروی انسانی متخصص بر اساس نیاز واقعی جامعه**

**ویژگی های طرح :**

**مدیریت جامع سلامت:**

1. **مدیریت سلامت منطقه توسط مجتمع های سلامت با بهره گیری از تمامی توانمندی های نظام سلامت**
2. **تغییر جهت گیری دانشگاه علوم پزشکی و شبکه های بهداشت و درمان از ارایه خدمات به سمت حصول اطمینان از ارایه خدمات مطلوب**
3. **افزایش مسئوليت پذيري و پاسخگوئي در برابر مردم بر اساس بسته های خدمت**
4. **بهبود مستمر و فراگیرکیفیت فرایندهای خدمت**

**سازماندهی و ساختار:**

1. **تعریف ساختار مدیریتی برای مدیریت برنامه پزشک خانواده**
2. **Generating inputs(Human capital- Physical capital)**
3. **اصلاح روابط دولتی خصوصی( Changing the public /private Mix)**
4. **Decentralization**

**برنامه:**

1. **ارائه بسته خدمات جامع ( بهداشت ، درمان ، آموزش و پژوهش ) سطوح مختلف توسط واحدهای تحت مدیریت و یا طرف قرارداد مجتمع های سلامت به جمعیت تحت پوشش**
2. **بکارگیری گایدلاین ها و بسته های خدمت در امرنظارت و پرداخت ها**
3. **بکارگیری فن آوری های نوین در ارائه خدمات و مدیریت اطلاعات**

**امور مالی:**

1. **اصلاح روش های پرداخت (Mixed payment بر اساس عملکرد)**
2. **تجمیع منابع مالی برنامه**
3. **تغییر در مقدار و شیوه پرداخت گیرندگان خدمت**
4. **استفاده از روش خرید راهبردی( ( strategic purchasing**

**Mixed payment =Capitation + bonus payment + F.F.S + Salary**

## دستورالعمل اجرایی:

**دستورالعمل حاضر در 6 بخش ارائه می شود:**

## تعاریف کلی

## بسته خدمات

## سازماندهی

## نظام ارائه خدمات و مقررات اداری

## پایش و ارزشیابی

## پرداخت ها و مقررات مالی

## ساختار و وظایف بخش پشتیبانی

## پیوست ها

**این دستورالعمل تنها برای شروع طرح می باشد و در طول اجرای برنامه و کسب تجارب اجرائی، اصلاحات لازم در آن صورت خواهد گرفت.**

## بخش اول : تعاریف کلی

1. **نظام سلامت:**

**نظام سلامت مجموعهای است از ”مردم“، ”سازمانها“ و ”منابع“ که بر اساس سیاست ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقا دهند .(WHO)**

1. **نظام ارائه خدمات سلامت:**

**شامل افراد و سازمانهائی است که ارايه خدمات پيشگيري، درمان و توانبخشي را در سطوح مختلف به عهده دارند. این نظام، دانشگاه های علوم پزشکی، بخش خصوصی، ارائه کنندگان خدمات در سایر سازمان های دولتی، سازمان های بیمه گر و... را در بر می گیرد.نظام ارائه خدمات معمولاً در سطوح‌ متفاوت شكل گرفته و از روستا تا شهر، و از مراقبت‌هاي اوليه تا خدمات پيچيده تخصصي و فوق تخصصي را شامل می شود.**

1. **بسته خدمات سلامت:**

**عبارت است از خدمات توانمند سازی، پیشگیری، درماني سرپائی، بستری و توانبخشي پايه و داراي اولويت که گستردگی آن بر اساس منابع موجود تنظیمشده و توسط تيم سلامت و یا سایر کارکنان بهداشتی درمانی ارائه مي‌شود. تامین مالی خدماتي كه در پوشش فهرست ملي قرار دارند به سبب داشتن نقش اساسی در سلامت مردم، توسط دولت انجام می شود.**

1. **سطح بندی خدمات:**

**عبارت است از چيدمان تعریف شده واحدهاي تامين كننده خدمت ها ومراقبت­هاي سلامت به منظور تسهیل،تسریع و عادلانه نمودن دسترسي مردم به مجموعه­ي خدمات ، با كمترين هزينه و با بيشترين كيفيت.**

**خدمات و مراقبت‌هاي سلامت در سه سطح در اختيار مردم و جامعه قرار دارد :**

**سطح يك: واحدي در نظام سلامت كه به طور معمول در جايي نزديك به محل زندگي مردم (جمعيت تحت پوشش) قرار دارد، و در آن نخستين تماس فرد با نظام سلامت از طريق پزشك خانواده يا تيم سلامت برقرار می شود. خدمات این سطح شامل ارتقاي سلامت، پيشگيري و درمان‌هاي اوليه، ثبت اطلاعات در پرونده (الکترونیک)سلامت، ارجاع و پي‌گيري بيمار می شود.این خدمات در چارچوب وظایف واحد پزشكي خانواده ، تجويز دارو و ديگر محصولات پزشكي و درخواست انجام خدمات پاراكلينيك شكل مي‌گيرد.**

**سطح دو: واحدي در نظام سلامت كه خدمات درمان تخصصي سرپايي يا بستري را در اختيار ارجاع‌شدگان قرار مي‌دهد و سپس پزشك خانواده‌ي ارجاع كننده را از نتيجه كار خويش مطلع مي‌سازد. خدمات تخصصي سرپايي، خدمات بستري، تجويز دارو و ديگر محصولات پزشكي و درخواست انجام خدمات پاراكلينيك از فعاليت‌هاي اين سطح است.**

**سطح سه:شامل خدمات فوق تخصصي و توانبخشي سرپايي يا بستري داراي اولويت، تأمين دارو و ديگر اقلام پزشكي و خدمات پاراكلينيك مي‌باشد. بازخورد خدمات اين سطح در اختيار سطح ارجاع‌كننده قرار مي‌گيرد.**

1. **ارجاع:**

**مجموعه فرايندهايي كه مسير حركت و ارتباط فرد رادر سطوح سه گانه خدمات نظام سلامت تعيين مي كند . اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت نهايتاً در پرونده سلامت شخص نزد پزشك خانواده يا تيم سلامت از طريق ارسال پس خوراند از سطوح تخصصي ثبت مي‌شود.**

1. **پزشک خانواده**

**پزشك خانواده، عهده‌دار خدماتپزشكي سطح اول است وحداقل داراي مدرك دكتري حرفه‌اي پزشكي و مجوز معتبر كار پزشكي است. مسووليت‌هاي پزشک خانواده شامل تامين خدمات جامع و تداوم آنها، مديريت سلامت،توانمند سازی مردم ، تحقيق، و هماهنگي با ساير بخش‌های مرتبط با سلامت می باشد. پزشك خانواده مسوول ارائه خدمات سلامت در محدوده بسته‌ي خدمات تعريف شده و بدون تبعيض (سني، جنسي، ويژگي‌هاي اقتصادي اجتماعي و ريسك بيماري)به فرد، خانواده و جامعه‌ي تحت پوشش خود می باشد. پزشك خانواده مي‌تواند براي حفظ و ارتقاي سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده كند، ولي مسووليت تداوم خدمات با او خواهد بود.**

1. **تيم سلامت (Health Team):**

**گروهي از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتي درماني يا توانبخشي هستندكه بسته‌ي خدمات سطح اول را در اختيار فرد، خانواده و جامعه تعريف شده قرار داده و تحت مدیریت ومسئوليت پزشك خانوادهفعالیت می کنند. کلیه افراد جامعه براي دريافت خدمات بهداشتي و درماني بايد از طريق اين تيم وارد زنجيره ارايه خدمات سلامت شوند در غير اينصورت موظف هستند که صد در صد هزينه هاي درماني مربوطه را شخصا پرداخت نمايد. تركيب تيم سلامت متناسب با برنامه های سلامت کشوری توسط وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشكي تعيين مي گردد. اعضای تیم سلامت در ادامه معرفی می گردند.**

1. **خطر(ريسك) بيماري:**

**هر بيماري (و حتي هر درمان) مخاطرات خاص خود را دارد. در شرايط معمول مراكز و افراد عرضه­كننده­ي خدمات پزشكي ترجيح مي­دهند كساني را در پوشش مراقبت خود بگيرند كه خطر (ريسك) كمتر دارند. از پزشك خانواده انتظار مي­رود از نظر خطر بيماري ميان افراد تحت پوشش خود تبعيض قايل نشود. براي برآورده شدن اين انتظار، سازوكارهايي در نظر گرفته شده است. از جمله تفاوت در میزان سرانه گروه های سنی و جنسی در معرض خطر.**

1. **روش پرداخت:**
* **سرانه(Capitation):روشی است آینده نگر که در آن مبلغ ثابتی به ازای هر نفرجمعیت، برای یک دوره زمانی مشخص و برای ارائه بسته خدمتی تعریف شده پرداخت میگردد. بطوریکه مقدار کل سرانه پرداخت شده مستقل از تعداد و نوع خدمات؛ و تعداد مراجعین می باشد.**
* **پاداش(Bonus):روش پرداخت مستقلی نبوده و مبلغ متغیری است که به صورت گذشته نگر (شش ماهه یا یکساله) و با هدف بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی، بر اساس ارزشیابی و میزان دستیابی به عملکرد ها و شاخص های از پیش تعیین شده پرداخت میگردد ( مازاد بر مبلغ سرانه یا کارانه).**
* **پرداخت موردي(:(Line item budgetشکلی از روش پرداخت یکجا میباشد که در آن مبلغ ثابتی برای موارد خاص (در راستای تحقق اهداف نظام سلامت) یا پروژه ها و خدمات از پیش تعریف شده ( تشخيص بيماريهاي نادر، مسري، تهديد کننده حيات در مراحل اوليه بيماريي و... مانند شناسايي، تشخيص، پي‌گيري و درمان كامل هر مورد از بيماري سل) پرداخت می گردد.**
* **كارانه ((Fee For Service:یک روش پرداخت گذشته نگر میباشد که در آن مبلغ تعریف شده پس از ارائه کامل خدمت و بر اساس نوع و کمیت خدمت (مثلاً یکبار ویزیت پزشک) پرداخت می شود.**
* **حقوق (Salary): مبلغ ثابتی است که برای مدت زمان مشخصی (معمولا ً ماهانه) پرداخت میگردد.بطوریکه مبلغ پرداخت شده مستقل از تعداد و نوع خدمات ارائه شده می باشد.**
1. **فرانشیز خدمات:**

**بخشي از هزينه­ي خدمات درماني ارائه شده است كه توسط خود گیرنده خدمت به ارائه­كننده­ي خدمت پرداخت مي­شود. این بخش از هزینه به نوع خدمات ارائه شده به صورت درصدی از تعرفه تعیین می شود که همه ساله برای کلیه خدمات توسط شورای سیاستگذاری پزشک خانواده تعیین می شود.**

1. **خدمات اورژانس:**

**تعریف بالینی بیمار اورژانسی:**

**به بیماری گفته می شود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به ارایه خدمات تشخیصی درمانی برای او اقدام شود و برای بیمار اورژانسی سرعت عمل و زمان در ارایه خدمات درمانی نقشی اساسی دارد(نظیر زایمان،MI، ضربه مغزی ، شکستگی باز، مسمومیت و ...).**

**تعریف عمومی بیمار اورژانسی:**

**شامل هر وضعیتی است که باعث شود تا بیمار شخصاً و یا توسط افراد دیگر به بخش اورژانس مراجعه کند. بنابراین تعریف، وضعیت اورژانس با تصور شخص بیمار یا همراهان او قابل تعریف بوده و باید هر بیمار مراجعه کننده پذیرش شده و تحت مراقبت های اولیه قرار گیرد.**

1. **بیمار غیراورژانسی(Elective):**

**بیماری که فوریت زمانی برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و توان بخشی ندارشته و می تواند برای دریافت خدمات سلامت بر اساس نوبت مراجعه کند.تمام افراد در صورتی که احساس کنند وضعیت اورژانس دارند، می توانند به پزشک خانواده خود و یا بدون رعایت نظام ارجاع به مراکز اورژانس مراجعه کنندو این مراکز باید آنان را پذیرش کنند. بدین ترتیب فوریت ها از قاعده الزام ارجاع مستثنی هستند و مراجعه مستقیم افراد دچار فوریت به واحدهای اورژانس یا بیمارستان ها مانعی ندارد.**

1. **مرکز هدایت و راهنمایی بیماران(Callcenter):**

**درهر شهرستان با داشتن شماره تلفن ترجیحا 3 یا 4 رقمی منحصر بفرد با تعداد خطوط و اپراتور کافی در تمام مدت 24 ساعت پاسخگوی مردم بوده و آنها را در کلیه مراحل انتخاب پزشک خانواده تا استفاده از خدمات اورژانس و حتی کمک به دریافت خدمات ویژه راهنمایی کرده و نقش هماهنگ کننده را در موارد بروز ناهماهنگی بین ارائه کننده و دریافت کننده خدمت به عهده خواهد داشت. مسئولیت دریافت شکایت مردم ، ارائه آن به واحد مربوطه و دریافت و ارائه پاسخ به شاکی از وظایف این مرکز است. این مرکز با نظر مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده وظيفة حل مشکلات بیماران را در نظام ارجاع بطور شبانه روزی بر عهده دارد.**

1. **استحقاق درمان :**

**افراد بيمه شده ( و افراد تحت سرپرستی آنان) در برابر حق بيمه­اي كه ماهانه پرداخت مي­كنند، استحقاق برخوردار شدن از حمايت سازمان بيمه­گر در درمان خويش يا ديگر مزيت­هاي مربوط را مي­يابند. استحقاق درمان محدوده­ي زماني مشخصي دارد كه در حال حاضر با تاريخ اعتبار دفترچه­هاي بيمه تعيين مي­شود.**

1. **پرداخت از جیب(Out Of Pocket):**

**مقدار هزینه ای است کهتحت پوشش بیمه سلامت گیرنده خدمت بایدمستقیما به ارائه کننده خدمت پرداخت کند( ویزیت،هزینه دارو، پاراکلینیک، بستری و...)و پرداخت ها مواردی مثل فرانشیز، پرداخت کل هزینه خدمات، زیر میزی و ...را شامل می شود.**

1. **هزینه های کمرشکن (Catastrophic ):**

**اگر هزینه های درمانی سالانه یک خانواده از 40% در آمد سالانه آن خانواده (بعد از کسر هزینه های حداقل معاش) بیشتر باشد هزینه های درمانی کمرشکن گفته می شود.**

1. **پرونده الكترونيك سلامت :**

**پزشكان خانواده موظف هستند برابر دستورالعمل ابلاغي وزارت بهداشت نسبت به ایجادو تكميل پرونده الكترونيك سلامت، انجام ويزيت پايه و ثبت‌ تمامی اقدامات، ارجاعات و نتايج خدمات بهداشتي‌، درماني و تشخيصي در اين پرونده ، اقدام كنند. بدين ترتيب پرونده الكترونيكي سلامت به مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت جمعیت تحت پوشش اطلاق مي‌شود كه به صورت مداوم در طول زندگي افراد به شكل الكترونيكي ذخيره شده و بدون محدوديت زمان يا مكان در دسترس افراد مجاز قرار خواهد گرفت. بدين منظور هر واحد ارايه خدمات سلامت، بايد مجهز به سيستم اطلاعاتي باشد كه اطلاعات سلامت جمعیت تحت پوشش را در كنار خدمات سلامت ارايه شده به شكل الكترونيكي ذخيره كند. ضروري است حداكثر تلاش براي فراهم آوردن الزامات استقرار پرونده الكترونيكي در شهر و روستا عملياتي شود. لازم به ذكر است كه اطلاعات پرونده سلامت افراد محرمانه بوده و فقط در اختيار افراد مجاز قرار می گیردو هرگونه سوء استفاده از آن ممنوع بوده و پيگرد قانوني دارد.**

1. **سایت الکترونیکی مجتمع سلامت**

**مجتمع سلامت برای معرفی خود و خدماتی که توسط مجتمع ارائه می شود تارنمایی ( سایت ) قانونی طرحی و اطلاع رسانی خواهد نمود**

## بخش دوم : بسته خدمات

**مجتمع های سلامت مسئولیت ارائه و یا مدیریت بسته خدمات موجود در پیوست شماره 6 این دستورالعمل طبق عناوین زیر را دارا می باشد.**

**بسته خدمات در سطح اول**

**همکاري در اجراي برنامه‌هاي استاني و کشوري شامل :**

1. **مدیریت سلامت:**
* **شناسايي محيط جغرافيايي محل خدمت**
* **بازنگری سالانه سرشماری و شناسايي منطقه تحت پوشش از نظر جمعیت ( گروه های هدف)، اماکن ، کارگاه ها و ...**
* **شناسايي معضلات و مشکـلات بهداشتي منطقه تحت پوشش ( نیازسنجی سلامت )**
* **ثبت داده‌ها ومديريت اطلاعات سلامتافراد و جمعيت تحت پوشش**
* **تشکیل هیئت امنا سلامت منطقه**
* **سیاستگزاری و برنامه ریزی برای حل مسائل سلامت منطقه از راه جلب مشاركت‌هاي مردمي و همكاري‌هاي درون‌بخشي و بين‌بخشي**
* **همکاري در برنامه‌هاي مقابله با اثرات حوادث غيرمترقبه (کاهش خطر بلایا ) و عضويت در تيم‌هاي مذکور بر اساس پروتكلهاي كشوري**
* **پايش و ارزشيابي خدمات تيم سلامت بر اساس دستورالعملهاي موجود**
* **همکاری در پروژه های تحقیقاتی**
* **بهبود کیفیت وارتقای فرایند ها**
1. **خدمات توانمند سازی مردم و پرسنل :**
* **آموزش مردم، ترویج شیوه زندگی سالم**
* **اجرای برنامه های ملی و استانی ترویج و توسعه خود مراقبتی**
* **جلب مشارکت مردم،رهبری گروه های اجتماعی فعال درزمینه سلامت،هماهنگی بین بخشی درزمینه سلامت**
* **تشکیل گروههای حمایتی**
* **آموزش و توانمند سازی مستمر ارائه دهندگان خدمت در مجتمع سلامت**
1. **ارائه خدمات سلامت برابر برنامه های وزارت بهداشت و استان:**
* **مشاوره قبل از ازدواج و حین ازدواج**
* **مراقبت مادران در سن باروری برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **مراقبت زنان باردار برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **تامین سلامت باروری برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **مراقبت نوزادان و کودکان زیر 6 سال برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **بهداشت تغذیه برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **بهداشت دهان و دندان برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **بهداشت مدارس برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **بهداشت نوجوانان و جوانان برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **بهداشت میانسالان برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **بهداشت سالمندان برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **سلامت محیط جامعه برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **سلامت محیط خانوار برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **سلامت محیط های جمعی(پادگان ها، مراکز تفریحی و...) برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **سلامت محیط کار و بهداشت حرفه ای برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **سلامت روان و پیشگیری از سوء مصرف موادو الکل برابر برنامه های وزارت بهداشت**
* **کنترل عوامل اجتماعی**
* **برقراری نظام مراقبت بیماریهای مورد هدف وزارت بهداشت**
* **غربالگری جمعیت تحت پوشش از نظر بیماری ها برابر برنامه های وزارت**
* **مراقبت جمعیت تحت پوشش ، در معرض عوامل خطر تعریف شده مطابق برنامه وزارت بهداشت**
* **درمان سرپایی، ویزیت در منزل، خدمات داروئی و خدمات پاراکلینیک**
* **انجام اعمال جراحی کوچک و مداخلات ساده**
* **انجام خدمات پرستاری نظیرتزریقات و پانسمان وخدمات جنبی مانند تهیه نمونه های آزمایشگاهی و...**
* **رسیدگی به موارد اورژانس ، ارجاع فوری و انتقال بیماران**
* **ارایه خدمات توانبخشی**
* **سایر برنامه های سطح اول برابر دستورالعمل های وزارت بهداشت**
1. **ارجاع مراجعین نیازمند به خدمات تکمیلی به سطوح بالاتر:**

**اطلاعات راجع به خدمات در سطوح مختلف که در نزد پزشك خانواده يا تيم سلامت است در پرونده الکترونیک ثبت می شود وظایف پزشک خانواده در ارجاع به ترتیب زیر است:**

* **اخذ نوبت و هماهنگی با سطوح بالاتر برای ارجاع بیماران از طریق سامانه سلامت ایرانیان و پیگیری آن ها**
* **پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع**
* **تنظیم و ارایه گزارش های مورد نیاز**
* **تبادل اطلاعات یا هماهنگی برای فرستادن پرونده فرد یا افراد تحت پوشش به پزشکان خانواده دیگر**

**بسته خدمات سطح دوم و سوم:**

**ارائه خدمات پایه تخصصی و فوق تخصصی ( سرپائی، اورژانس و بستری ، اعمال جراحی و سایر خدمات مرتبط با سطح مربوطه) شامل:**

1. **خدمات سلامت:**
* **همکاری با مراکز سلامت در برنامه ریزی برای بهبود سلامت افراد تحت پوشش بر اساس برنامه های ابلاغی دانشگاه**
* **کمک به بهبود برنامه های سلامت و خود مراقبتی برابر برنامه های دانشگاه و مجتمع سلامت**
* **ثبت و دسته بندی بیماریهای مزمن و مهم منطقه و برنامه ریزی برای کنترل آنها.**
1. **خدمات درمانی:**
* **قبول مسئولیت و پاسخگویی در قبال تمام بیماران ارجاعی: تشکیل پرونده ،درمان و مراقبت منظم برابر راهنماهای بالینی،ارائه پسخوراند،ارجاع به سایر متخصصین در صورت نیاز ، پیگیری سرنوشت بیمار در سطوح مختلف**
* **مشاوره و ویزیت مشترک بیماران ارجاعی در محل کار پزشک خانواده در صورت نیاز**
* **توانمندسازی مردم در مراقبت از بیماری خود با هماهنگی پزشکان خانواده**
* **پیگیری بیماران بستری شده در بیمارستان و هماهنگی با پزشکان معالج (در صورتیکه پزشک به غیر از خود متخصص باشد)**
* **راهنمایی و آموزش مستمر پزشکان خانواده در باره بیماران ارجاعی.**
1. **خدمات مدیریتی:**
* **پایش غربالگری و ارجاعات مراکز سلامت و انجام راهنمائی های لازم برای بهبود فرایند بیماریابی و ارجاع مبتنی برراهنماهای بالینی**
* **جمع بندی و تحلیل آمارهای مورد نیاز مرتبط با تخصص خود و ارائه گزارش های مربوطه**
* **بررسی و تحلیل نتایج ارزشیابی بهورزان و پزشکان خانواده در زمینه تخصصی خود و کمک به بهبود آنها**
* **جلسات هماهنگی و آموزشی با کادر مراکز سلامت برای رفع مشکلات اجرائی و فنی برنامه های مرتبط با تخصص خود**
* **بازدید از منطقه تحت پوشش برای دیدن فعالیت ها از نزدیک و هماهنگی های لازم**
* **مشاوره تلفنی با پزشکان خانواده برای هماهنگی فعالیت ها**
* **مشارکت در تهیه و به روز رسانی راهنماهای بالینی و آموزش آنها به ارائه دهندگان خدمات.**
* **ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی برابر برنامه های دانشگاه علوم پزشکی .**

تبصره: اجزاء بسته خدمات تخصصی به تدریج توسط کمیته سیاستگذاری پزشک خانواده اعلام خواهد شد.

**بسته خدمات دارو و پاراکلینیک:**

**بر اساس بسته داروئی و پاراکلینیک ابلاغی و مورد تعهد سازمان های بیمه گر خواهد بود.**

## بخش سوم : سازماندهی

**برای دسترسي سریع، عادلانه و هزینه اثربخش مردم به خدمات، سازماندهی مناسب نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات، ضروری است سطح بندی موجود در شبکه های بهداشت و درمان کشور که در طول سالیان گذشته کارائی خود را در بهبود کیفیت و کاهش هزینه ها نشان داده است حفظ شود.ضمن آنکه گيرنده خدمت بايد به تمامی خدمات به گونه‌اي دسترسي داشته باشدكه کلیه خدمات پيش‌بيني شده در بسته خدمات را در حداقل زمان ممكن، ازمجتمع سلامت و مراکز سلامت بصورت جامع و با کمترین هزینه دريافت نمايد.**

**مجتمع های سلامت :**

**مجتمع سلامت واحد ارائه خدمات سلامت است كه در چارچوب سياست هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي با بهره گيري از توان بخش های دولتي و غیر دولتی، بسته خدمات تعریف شده تمام سطوح را در ازاي سرانه معین و هزینه های تامین شده توسط سازمان های بیمه گر و مردم به جمعيت تعريف شده ارائه مي نمايد.**

**هر مجتمع سلامت جمعیتی در حدود 50 الی 120 هزار نفر ( بر اساس پراکندگی جمعیت و دسترسی مردم)را تحت پوشش خود قرار می دهد و شامل چند مرکز سلامت و یک ستاد مجتمع خواهد بود. هر مرکز سلامت حدود 7 الی15هزار نفر از جمعیت را پوشش داده و خدمات ارتقای سلامت، توانمند سازی مردم، پیشگیری، غربالگری ، ویزیت های سرپائی عمومی و... را به افراد تحت پوشش ارائه می دهد.**

**درمانگاه تخصصی ستاد مجتمع با دارا بودن حداقل 4 رشته تخصصی اصلی (کودکان، داخلی، زنان و روانپزشک) به ارجاعات مراکز سلامت پاسخ گفته و در درمان بیماران، سطح اول را از نزدیک همراهی می کند. در وظایف متخصصین، قبول مسوولیت بیماران ارجاعی، ارائه پسخوراند، مراقبت از بیماریهای حاد و مزمن پیچیده، آموزش و ارزیابی سطح اول، تهیه منابع آموزشی، آنکال در مرکز شبانه روزی و... پیش بینی می شود.تکلیف سایر رشته تخصصی در مجتمع با لحاظ بار مراجعات و دسترسی مردم (حضور فیزیکی در درمانگاه تخصصی و یا خرید خدمت از خارج مجتمع)بایستی مشخص و برنامه مربوطه در اختیار پزشکان خانواده مراکز سلامت قرار گیرد.ضمن آنکه اخذ نوبت ویزیت بیماران ارجاعی برعهده مجتمع ها خواهد بود.این موضوع در ارزشیابی مجتمع های سلامت مد نظر قرار خواهد گرفت و مجتمع هایی که دسترسی سهل تری به خدمات تخصصی ایجاد نمایند، از امتیاز بیشتری بهره مند می شوند.**

**از سایر خدمات ستاد مجتمع می توان از ارائه خدمات شبانه روزی، مدیریت سلامت محیط و حرفه ای، حوادث غیرمترقبه و بحران ها، کنترل بیماریهای منطقه ، توانبخشی و ... نام برد.**

**هر مجتمع سلامت بایستی خدمات اورژانس، داروخانه،آزمایشگاه و رادیولوژی را بصورت شبانه روزی ارائه نماید. خدمات آزمایشگاهی و تصویر برداری اورژانس در محل مجتمع یا محلی خارج از آن ( به شرط درنظر گرفتن دسترسی مردم وپس از اخذ مجوز لازم از ستاد اجرایی)ارائه خواهد شد.در هر حال مجتمع بایستی تکلیف خدمات دارو ، پاراکلینیک ، بستری و توانبخشی بیماران و جمعیت تحت پوشش خود را مشخص نماید. در صورت بالا بودن بار مراجعات به خدمات مذکور مجتمع موظف است امکان ارائه خدمات را در محدوده مجتمع به جمعیت تحت پوشش فراهم نماید.**

**مجتمع های سلامت موظف به پایش و نظارت بر واحدهای ارائه کننده خدمات خود می باشند و از طرفی نیز توسط شبکه های بهداشت و درمان، معاونت های بهداشت ، درمان و غذا داروی دانشگاه و بیمه ها مورد پایش و ارزشیابی قرار خواهند گرفت .کلیه پرداخت ها به مجتمع های سلامت بر اساس نتایج ارزشیابی انجام خواهد شد.**

**لازم به یادآوری است که در شهرستان هائی که ایجاد مجتمع امکان پذیر نباشد (به دلیل محرومیت و عدم استقبال بخش های غیر دولتی)، شبکه های بهداشت و درمان فعلی با همان مکانیسم مالی و مدیریتی حاکم بر مجتمع ها، ارائه خدمات به مردم را عهده دار خواهند بود.بدیهی است اعتبار مربوطه علاوه بر اعتبارات جاری به شبکه بهداشت و درمان پرداخت خواهد شد.ضمن آنکه در این گونه موارد می توان با واگذاری خدمات بهداشتی درمانی در قالب مراکز سلامت به تدریج زمینه لازم را برای شکل گیری ایجاد مجتمع های سلامت بوجود آورد بدیهی است مجوز لازم برای ایجاد مرکز سلامت توسط بخش خصوصی بایستی از طریق کمیته راهبردی استان صادر شود.**

**مجتمع های سلامت با استانداردها و اصولی که در این دستورالعمل خواهد آمد توسط بخش دولتی، خصوصی، خیریه، تعاونی هاایجاد و اداره خواهند شد. مجتمع ها موظفند تمامی خدماتی را که با آنها قرارداد بسته می شود به جمعیت ثبت نام کرده و تحت پوشش خود ارائه نمایند.برخی خدمات در صورت لزوم با هماهنگی و اخذ مجوز از شبکه ها در خارج از مجتمع قابل خرید خواهد بود.برای رعایت حق انتخاب مردم خرید خدمت بایستی از هر دو بخش دولتی و خصوصی صورت پذیرد . اولویت راه اندازی مجتمع های سلامت در هرمنطقه با بخش غیر دولتی می باشد.**

**جهت ارتقای بهداشت دهان و دندان و افزایش پوشش گروههای هدف(کودکان زیر 14 سال و زنان باردار) خدمات معاینه، آموزش، فلورایدتراپی توسط کارشناسان بهداشت دهان و دندان مجتمع ارائه و خدمات فیشور سیلانت، جرم گیری، ترمیم دندان 6 و کشیدن دندان های عفونی گروه های هدف از بخش غیر دولتی خرید خدمت خواهد شد.کلیه این خدمات بصورت رایگان به گروههای هدف ارائه می گردد.**

**مجتمع های غیردولتی بایستی در بکارگیری کادر مورد نیاز خود پرسنل دانشگاه و واحدهای بخش غیر دولتی (مطب، کلینیک و ...) موجود در محدوده مجتمع را در اولویت اول قرار دهند.در صورت تامین نیروی انسانی توسط شبکه ها از ميان مستخدمين رسمي و پيماني، پرداخت حقوق ماهانه با رعايت ضوابط و مقررات مربوطه بر عهده شبکه ها بوده لیکن به همان میزان از پرداختیهای مجتمع ها کسر خواهد شد.**

**نحوه بکارگیری نیروی انسانی و پرداخت به پرسنل ( پزشکان خانواده ، ماما، بهورز ، پرستار ، پزشکان متخصص و ... ) و استفاده از امکانات دولتی در این دستورالعمل آمده است .**

**سطح اول در مجتمع های سلامت :**

**خانه بهداشت:**

**خانه بهداشت نخستین سطح ارائه خدمات مختلف بهداشتی برای مردم در روستا می باشد.به كارگيري بهورزان براي انجام تمامي خدمات بهداشتي درماني اوليه پيش­بيني شده موجب هزينه اثربخشي مناسب خدمات آنان گرديده است . مراقبتهای دوران بارداری ، زایمان و شیردهی ،مراقبت از کودکان زیر پنج سال ، واکسیناسیون ، فعالیتهای بهداشت محیطی ، ارجاع به پزشک خانواده و ... از جمله خدمات خانه های بهداشت می باشد.خانه های بهداشت در روستاها برابر طرح گسترش به فعالیت خود برابر بسته های خدمتی تعریف شده ادامه خواهند داد . ممکن است هر خانه بهداشت تعدادی روستای قمر و سیاری را تحت پوشش خود داشته باشد که برابر قوانین وزارت بهداشت و درمانارائه خدمات به روستاهای مذکور کماکان ادامه خواهد داشت.**

**مرکز سلامت :**

**محیطی ترین واحد ارائه خدمات مجتمع های سلامت در شهرها و روستاها ( در کنار خانه های بهداشت ) می باشد که موظف است بسته‌ي خدمات سطح اول شامل خدمات‌ بهداشتي‌درماني اوليه‌ از قبيل‌ واكسيناسيون‌،مراقبت‌ مادر و كودك‌، تنظيم‌ خانواده‌،آموزش عمومی، پیشگیری، خدمات‌ درماني‌ سرپائي، بهداشت محیط‌ و... را در اختيار فرد، خانواده و جمعیت تحت پوشش خودقرار ‌دهد. فعالیت های فوق با سرشماري‌ خانوارهاي‌ تحت‌ پوشش‌ ، تشکیل پرونده الکترونیک، انجام‌ معاينات‌ دوره‌اي‌ و مراقبت‌ بیماران شناسایی شدهبا استفاده‌ از راهنماهای بالینی و دستورالعمل های وزارت بهداشت و درمان صورت‌ميگيرد.جمعیت تحت پوشش هر مرکز سلامتحدود 7 الی 15 هزار نفرو جمعیت تحت پوشش هرپزشک خانواده و تیم سلامت حدود 4000 نفر خواهد بود. مردم براي برخورداری از مزایای نظام ارجاع بايد از طريق مراکز سلامت و پزشکان خانواده خود وارد زنجيره ارايه خدمات سلامت شوند در غير اينصورت هزینه های ویزیت متخصص در مجتمع سلامت با تعرفه بخش خصوصی اخذ خواهد شد.**

**استاندارد فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز مرکز سلامت در ضمیمه دستورالعمل آمده است اما محل استقرار آن می تواند در محل مجتمع ، مراکز بهداشتی درمانی (روستایی، شهری-روستایی، شهری)، پایگاههای شهری و مطب ها و درمانگاه های بخش خصوصی به شرط آنکه واجد استاندارد های لازم باشد و خللی به دسترسی جمعیت تحت پوشش آنها وارد نیاید.حداقل ساعات کاری مجتمع و مراکز سلامت برابر قانون کار از ساعت 15/7 الی 30/14 بوده ولی ارائه خدمات درمانی اورژانس در مجتمع به صورت شبانه روزی خواهد بود.مرکز سلامتتوسطیکی از پزشکان خانواده که جمعیت کمتری از سایرین دارد (بعنوان مسئول مرکز) مدیریت می گردد.**

**خدمات دارویی بایستی در محل مجتمع سلامت به جمعیت تحت پوشش ارائه گردد اما خدمات آزمایشگاهی از طریق نمونه گیری موارد نیز می تواند انجام بپذیرد.**

**در صورت ضرورت پزشکان خانواده مراکز سلامت با صدور مجوز شبکه بهداشت می توانند بشرط آنکه خللی به دسترسی جمعیت و جامعیت خدمات (خدمات پرستاری، دارویی و...) وارد نیاید بهمراه یکی از ماماها به ارائه خدمت در خارج از محل مرکز سلامت بپردازند.**

**سطح دوم و سوم در مجتمع های سلامت :**

**در این سطوح ،کلیه خدمات درمان سرپایی تخصصی و فوق تخصصی ( ارجاعی ) ، خدمات بستری ، اعمال جراحی کوچک، خدمات دارویی و پاراکلینیک، توانبخشی و فوریت های پزشکی طبق گایدلاین های مشخص به جمعیت تحت پوشش ارائه خواهد شد.**

**واحدهای سطح دوم و سوم موجود در مجتمع سلامت:**

1. **درمانگاه تخصصی :**

**واحدي در مجتمع سلامت است كه خدمات درمان تخصصي سرپايي را در اختيار ارجاع‌شدگان قرار مي‌دهد و سپس پزشك ارجاع دهنده را از نتيجه كار خويش مطلع مي‌سازد.برنامه درمانگاه تخصصی حداقل در 5 رشته­ی اصلی(کودکان،زنان،جراحی،داخلی،روانپزشکی) بهمراه اسامی متخصصین شاغل در آن بایستی در اختیار تمامی پزشکان خانواده مراکز سلامت قرار گیرد.همچنین بایستی تکلیف سایر رشته­های تخصصی با لحاظ بار مراجعات و دسترسی مردم (حضور فیزیکی در درمانگاه تخصصی و یا خرید خدمت از خارج از مجتمع)مشخص و برنامه مربوطه در اختیار پزشکان خانواده مراکز سلامت و در معرض دید مراجعین قرار گیرد.**

1. **درمانگاه ویژه(تخصصی وفوق تخصصی):**

**واحدي در دانشگاه علوم پزشکی است كه خدمات درمان تخصصي و فوق تخصصی سرپايي را توسط اعضاء هیئت علمی دانشگاه در اختيار ارجاع‌شدگان قرار مي‌دهد و سپس پزشك ارجاع كننده را از نتيجه كار خويش مطلع مي‌سازد.**

**به منظور افزایش رضایتمندی جمعیت تحت پوشش، مجتمع سلامت در صورت نیاز و با لحاظ دسترسی مردم بایستی با درمانگاه های ویژه دانشگاه همکاری نماید بدیهی است هماهنگی های لازم جهت اخذ نوبت برای ارجاع شدگان توسط مجتمع سلامت صورت خواهد پذیرفت.**

1. **درمانگاه/مطب تخصصی ویا فوق تخصصی:**

**واحدي در خارج از مجتمع سلامت است كه خدمات درمان تخصصي و فوق تخصصی سرپايي را در اختيار ارجاع‌شدگان قرار مي‌دهد و سپس پزشك ارجاع كننده را از نتيجه كار خويش مطلع مي‌سازد.به منظور افزایش رضایتمندی جمعیت تحت پوشش، مجتمع سلامت در صورت نیاز و با لحاظ دسترسی مردم می تواند بیماران خود رابه درمانگاه ها و مطب های تخصصی و فوق تخصصی موجود در منطقه یا شهر های مجاور ارجاع نماید.**

1. **بیمارستان /مرکزآموزشی درمانی:**

**واحدي در خارج از مجتمع سلامت است كه خدمات درمانی اورژانسی وغیراورژانسی سرپایی، بستری تخصصي ویا فوق تخصصی را در اختيار ارجاع‌شدگان قرار داده و سپس پزشك ارجاع كننده را از نتيجه كار خويش مطلع مي‌سازد.**

1. **واحد ارائه خدمات سرپایی عمومی و اورژانس شبانه روزی:**

**واحدي در مجتمع سلامت است كه خدمات درمانی ، دارویی،آزمایشگاهی و رادیولوژی اورژانس را در طول 24 ساعت به جمعیت تحت پوشش مجتمع ارائه می نماید.**

1. **مرکز ارائه خدمات آزمایشگاهی:**

**واحدي است كه خدمات تشخیصی آزمایشگاهی اورژانسی وغیراورژانسی را در اختيار مراجعین قرار مي‌دهد. این واحد برحسب جمعیت تحت پوشش، شرایط جغرافیایی و منطقه ای می تواند در داخل محدوده مجتمع و یا خارج از آن( پس از تایید شبکه ) قرار گیرد .**

1. **مرکز ارائه خدمات تصویربرداری وپرتوپزشکی :**

**واحدي است كه خدمات تصویربرداری وپرتوپزشکی اورژانسی وغیراورژانسی را در اختيار ارجاع‌شدگان قرار مي‌دهد (شامل رادیولوژی، رادیوتراپی، سونوگرافی، سی تی اسکن،MRI و....). این واحد برحسب جمعیت تحت پوشش، شرایط جغرافیایی و منطقه ای می تواند در داخل محدوده مجتمع و یا خارج از آن ( پس از تایید شبکه ) قرار گیرد.**

1. **مراکز بینایی سنجی وشنوایی سنجی:**

**واحدي است كه خدمات تشخیصی شنوایی سنجی وبینایی سنجی را در اختيار ارجاع‌شدگان قرار مي‌دهد.این واحد برحسب جمعیت تحت پوشش، شرایط جغرافیایی و منطقه ای می تواند در داخل محدوده مجتمع و یا خارج از آن ( پس از تایید شبکه ) قرار گیرد.**

1. **مرکز توانبخشی:**

**واحدي است كه خدمات توانبخشی(فیزیوتراپی،کاردرمانی وگفتاردرمانی و...) را در اختيار ارجاع‌ شدگان قرار مي‌دهد. این واحد برحسب جمعیت تحت پوشش، شرایط جغرافیایی و منطقه ای می تواند در داخل محدوده مجتمع و یا خارج از آن ( پس از تایید شبکه ) قرار گیرد.**

1. **مرکز فوریت های پزشکی ( 115 )**

**واحدي است كه خدمات درمانی فوری واورژانس را با استفاده از تکنسین های فوریت و آمبولانس در محل حادثه به جمعیت تحت پوشش مجتمع ارائه می نماید.**

1. **مرکز هدایت و راهنمایی بیماران(Callcenter):**

**مرکزی است که در طول مدت 24 ساعت پاسخگوی مردم بوده و آنها را در کلیه مراحل انتخاب پزشک خانواده تا استفاده از خدمات اورژانس و حتی کمک به دریافت خدمات ویژه راهنمایی کرده و نقش هماهنگ کننده را در موارد بروز ناهماهنگی بین ارائه کننده و دریافت کننده خدمت به عهده خواهد داشت. راه اندازی این مرکز از وظایف دانشگاه/ شبکه بهداشت و درمان می باشد. مسئولیت دریافت شکایت مردم ، ارائه آن به واحد مربوطه و دریافت و ارائه پاسخ به شاکی از وظایف این مرکز است. این مرکز با نظر مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده وظيفة حل مشکلات بیماران را در نظام ارجاع بطور شبانه روزی بر عهده دارد.**

**فضای فیزیکی ، تجهیزات :**

**تامین فضاهای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز برابر استانداردهای ابلاغی و با تائيد شبکه ها، بعهده مجتمع ها مي باشد.**

**استانداردهای فضای فیزیکی ، تجهیزات مورد نیاز مجتمع های سلامت برابر دستورالعمل های دانشگاه خواهد بود.( پیوست شماره ... )**

**نیروی انسانی مجتمع و مراکزسلامت:**

**ترکیب حداقل نیروی انسانی مجتمع و مراکزسلامت برای تحت پوشش قراردادن حدود 75000-70000 هزار نفر جمعیت بشرح زیر می باشد :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| عنوان پرسنل | ستاد | مراکز سلامت(5 مرکز) |
| مدیر | **1** | **0** |
| پزشک عمومی | **0** | **18** |
| کارشناس بهداشت محیط | **4** | **0** |
| کارشناس بهداشت حرفه | **2** | **0** |
| کارشناس مراقب سلامت زن | **0** | **18** |
| کارشناس مراقب سلامت مرد | **0** | **5** |
| پرستار و واکسیناتور | **0** | **5** |
| کارشناس بهداشت دهان و دندان | **2** | **0** |
| کارشناس مبارزه با بیماری ها | **1** | **0** |
| آمار و کامپیوتر | **1** | **0** |
| کارشناس خانواده و مدارس | **1** | **0** |
| کارشناس آموزش سلامت و مدد کار اجتماعی | **1** | **0** |
| پذیرش | **1** | **5** |
| خدمتگزار | **1** | **5** |
| امور عمومی و حسابدار | **1** | **0** |
| کارشناس روانشناس بالینی | **2** | **0** |
| مشاوره تغذیه | **2** | **0** |
| پزشکان متخصص( کودکان، داخلی، زنان و روانپزشک) | **4** | **0** |

**ترکیب نیروی انسانی مورد نیاز هر مجتمع سلامت براساس تعداد جمعیت تحت پوشش و استانداردهای مربوطه می باشد. مجتمع ها موظفند نیروی انسانی مورد نیاز را برابر تغییرات جمعیتی و تعداد درخواستی شبکه ها تامین نماید.**

**شروع بکار کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی منوط به گذراندن دوره آموزشی و اخذ مدرک مورد تایید شبکه می باشد.**

**با توجه به ضرورت گذراندن دوره های آموزشی اعلام شده از طرف شبکه ها، تغيير نيروهاي آموزش ديده صرفا با ارائه دلايل توجيهي وپس ازتائيد شبکه ها امکان پذيراست و مجتمع ها نمي تواند راسا و بدون هماهنگی دراين زمينه اقدام نمايد.**

**مجتمع ها موظف به اعزام پرسنل جهت شركت در جلسات آموزشي كه از سوي شبکه ها برگزار مي شود، خواهد بود.**

**كادر تخصصي مراكز و مجتمع سلامت در ساعات اداری (پزشك، کارشناس مراقب سلامت و...) بايد ثابت بوده و همواره در مركز حضور مستمر داشته باشند. مجتمع موظف است از بكارگيري پرسنل فني در دو بخش متفاوت و غير مرتبط با رشته شغلي و فاقد صلاحيت فني خودداري نمايد.**

**مجتمع های غیردولتی بایستی در بکارگیری کادر مورد نیاز خود پرسنل دانشگاه و واحدهای بخش غیر دولتی (مطب، کلینیک و ...) موجود در محدوده مجتمع را در اولویت اول قرار دهند.در صورت تامین نیروی انسانی توسط شبکه ها از ميان مستخدمين رسمي و پيماني، پرداخت حقوق ماهانه با رعايت ضوابط و مقررات مربوطه بر عهده شبکه ها بوده لیکن به همان میزان از پرداختیهای مجتمع کسر خواهد شد.**

**حداقل 50 درصد کارشناس مراقب سلامت زن در هر مرکز سلامت بایستی دارای مدرک کارشناسی مامایی باشند.**

**مجتمع ها موظفند خدمات تخصصی خارج از چهار رشته تخصصی فوق الذکر را یا در محل مجتمع و یا به صورت خرید خدمت تامین نماید. بدیهی است خدمات تخصصی چهار رشته مذکور در محل ستاد مجتمع ارائه خواهد شد.**

## بخش چهارم : نظام ارائه خدمات ومقررات اداری

**عقد قرارداد با متقاضیان برای ایجاد مجتمع های سلامت:**

قرارداد با متقاضیان برابر مقررات توسط شبکه های بهداشت و درمان دانشگاه به شرح زیر منعقد می گردد:

* **قرارداد پنج ‌ساله بدون حق توكيل به غير**
* **تامین فضاهاي فيزيكي ، تجهيزات و نیروی انسانی مطابق استاندارد اعلام شده توسط مجتمع( پیوست )**
* **ارايه بسته خدمات اعلام شده برابر اين دستورالعمل و اصلاحات ومتمم ‌هاي بعدي آن به جمعیت تحت پوشش بصورت فعال**
* **دارا بودن صلاحیت علمی و حرفه ای نیروهای انسانی بکارگیری شده**
* **رعایت استانداردهای جمعیتی به ازای هر پزشک خانواده**
* **ارائه خدمات در مراکز سلامت برابر قوانین جاری کشور از ساعت 15/7 الی 30/14 ( ارایه درمان سرپایی در محل مجتمع شبانه روزی خواهد بود )**
* **تعیین تکلیف نحوه دسترسی به خدمات دارویی، آزمایشگاهی، رادیولوژی، بستری، توانبخشی، درمانگاه تخصصی و ...**
* **ارسال قرارداد های کادر مجتمع و مراکز سلامت - متخصصین ظرف 1 ماه از عقد قرارداد به ستاد اجرایی شهرستان**

**سرشماری و بلوک بندی جمعیتی :**

**قبل از واگذاری ارائه خدمات و عقد قرارداد با مجتمع های سلامت بایستی شبکه های بهداشت و درمان نسبت به انجام سرشماری و بلوک بندی جمعیت اقدام نموده و برآورد لازم برای تعداد تیم های سلامت ، مراکز سلامت ، نیروی انسانی ، فضاهای فیزیکی و ... را داشته باشند. بنابر این منطقه و جمعیت مورد قرارداد به صورت سرشماری و بلوک بندی شده تحویل مجتمع طرف قرارداد خواهد شد.**

**روزهای تعطیل و ساعات غیر اداری:**

**مجتمع سلامت بایستی دارای واحد شبانه روزی برای پاسخگویی به مراجعین در طول شبانه روز و روزهای تعطیل و ساعات غیراداری باشد.این واحد باید حداقل امکانات درمانگاه اورژانس را دارا باشد. پزشکان شاغل در مراکز سلامت مجتمع برای کار در ساعات غیر اداری درمانگاه شبانه روزی در اولویت می باشند . در مواردی که بیمار اجازه دسترسی به پرونده سلامت الکترونیک خود را ندهد ، فقط اقدامات اورژانسی را دریافت می کند. در واحدفوق فرانشیز پرداختی بیماران بابت هزینه های خدمات پاراکلینیکی،پرستاری، ویزیت و دارو برابر تعرفه های دولتی خواهد بود.**

**خدمات سلامتی اورژانس**

**افرادی که وضعیت اورژانسی داشته باشند می توانند به پزشک خانواده خود و یا بدون رعایت نظام ارجاع به واحد اورژانس مجتمع مراجعه نمایند.**

**در صورتیکه فرد مراجعه کننده به اورژانس نیازمند خدمات اورژانس نباشد، حداقلِ اقدامات درمانی جهت تسکین درد و مشکل برای او انجام و به پزشک خانواده خود هدایت می شود. میزان مراجعات غیر اورژانس افراد تحت پوشش هر پزشک به اورژانس که می تواند نشانه عدم حمایت پزشک از فرد باشد در پایش عملکرد پزشک خانواده لحاظ می گردد.**

**مجتمع های سلامت بایستی سازو کاری را فراهم نمایند تا ارائه خدمات به بیماران اورژانس در اولویت باشد. بطوریکه تهیه مواد و تجهیزات مورد نیاز برای درمان بیمار ، مسائل مالی و دریافت فرانشیزباعث تاخیر در ارائه خدمات نگردد.در صورتیکه ارائه خدمات به بیماران اورژانسی نیاز به ارجاع داشته باشدمجتمع های سلامت موظفند در اسرع وقت نسبت به اعزام بیمار توسط آمبولانس اقدام نمایند.لازم به توضیح است که هماهنگی قبلی با مراکز مقصد در این زمینه برای اخذ پذیرش برعهده مجتمع سلامت می باشد.**

**ارائه خدمات به بیماران تصادفی رایگان بوده و صد در صد هزینه های خدمات، پس از دریافت اسناد مربوطه توسط معاونت درمان دانشگاه به مجتمع ها پرداخت خواهد شد.**

**پزشک جانشین و جایگزین:**

**مجتمع های سلامت موظفند در صورت استفاده از مرخصی توسط پزشکان خانواده، امکان دسترسی به سایر پزشکان همان مرکز سلامت را برای جمعیت پزشک مربوطه فراهم نمایند. استفاده از پزشک جانشین به طور مستمر نباید بیش از 10 روز باشد در اینصورت مجتمع سلامت موظف خواهد بود نسبت به تامین پزشک جایگزین اقدام نماید.**

**آشنایی پزشک خانواده با جمعیت تحت پوشش:**

**با توجه به تاثیر بسزای آگاهی مردم در میزان همکاری با برنامه، ارائه اطلاعات لازم برای خانوارها در زمان سرشماری و آشنایی با پزشکان خانواده در خصوص چگونگی دریافت خدمات سطح یک و بالاتر ( اسامی پزشکان متخصص ، واحدهای مشاوره ، پاراکلینیک، بیمارستان و..)توسط مجتمع های سلامت الزامی است.مجتمع های سلامت موظفند جهت آشنایی مردم باخدمات ارائه شده توسط آنها نسبت به راه اندازی سایت الکترونیکی اطلاع رسانی اقدام نمایند. در این سایت باید موارد زیر آورده شود :**

* **خدماتی که ارائه می شود**
* **اطلاعات پزشکان خانواده و سایر ارائه دهندگان خدمات**
* **آدرس مراکز بهداشتی و سایر واحد های ارائه دهنده خدمت ( داروخانه ها ، آزمایشگاه ها ، رادیولوژی)**
* **آدرس و مشخصات پزشکان متخصص طرف قرارداد و برنامه کاری آنها**
* **و ...**

 **مجتمع سلامت بایستی در هنگام عقد قرارداد با پزشک خانواده نسبت به تعیین منطقه و جمعیت تحت پوشش پزشک مربوطه اقدام نماید.**

 **مراکز سلامت موظفند ظرف مدت یک ماه از آغاز کار نسبت به دعوت از جمعیت تحت پوشش ،**آشنایی پزشکان خانواده با خانوارهای خود ، تحویل کارت سلامت خانوار و کتابچه راهنمای خدمات و معرفی سایت **خود اقدام نموده و نسبت به تعیین زمان انجام ویزیت پایه در کارت سلامت خانوارهای تحت پوشش اقدام نمایند به طوریکه حداکثر ظرف مدت یک سال ویزیت پایه جمعیت تحت پوشش به پایان برسد.بدیهی است حداقل هر سه ماه ویزیت پایه یک چهارم جمعیت به پایان رسیده باشد.**

**مجتمع سلامت بایستی نسبت به بازنگری سالانه سرشماری جمعیت و اماکن ، اعمال تغییرات در سامانه سلامت اقدام نماید.**

**زنان باردار، افراد بالای 60 سال ، کودکان زیر 5 سال ، گروه های آسیب پذیر و بیماران شناخته شده مزمن بایستی در شش ماه اول قرارداد مورد ویزیت پایه قرار بگیرند.**

**تغییر پزشک خانواده:**

**افراد می توانند حداكثر دوبار در سال با هماهنگی ستاد اجرایی شهرستان، پزشک خانواده خود را تغيير دهند.**

**تغییر پزشك خانواده نبايد كمتر از شش ماه باشد. در شرايط خاص با نظر ستاد شهرستان اين مدت قابل كاهش است.**

**تغییر پزشك خانواده فقط در پايان هر ماه قابل انجام است.**

**ارائه خدمت به مسافرین و جمعیت غیرتحت پوشش:**

**مسافران و جمعیت غیر تحت پوشش مجتمع می توانند با مراجعه به مراکز سلامت و واحد شبانه روزی مجتمع و پرداخت فرانشیز و هزینه های مربوطه از خدمات بهداشتی درمانی برخوردار گردنند**

**بدیهی است مجتمع ملزم به ارائه خدمات بهداشتی از جمله واکسیناسیون ، مراقبت مادران باردار و کودکان برای گروه های هدف فوق الذکر می باشد.**

**دسترسی به خدمات سطح دو و سه :**

**مجتمع ملزم است برنامه درمانگاه تخصصی مجتمع ، متخصصین و درمانگاه های تخصصی طرف قرارداد و تغییرات آن را ماهانه به مراکز سلامت، پزشکان خانواده و شبکه بهداشت ارائه نموده ، در سایت مجتمع و معرض دید عموم مردم قرار دهد .**

**مقررات اداری:**

**تمامی جمعیت ثبت نام کرده در مجتمع های سلامت بایستی تحت پوشش یکی از سازمان های بیمه گر در استان ( بیمه خدمات سلامت ، تامین اجتماعی، کمیته امداد ، نیروهای مسلح و ... ) باشند.**

**كساني كه فاقد بيمه درمان هستند بایستی برای دریافت دفتر چه درمانی به شعب بيمه همگانی سلامت و دفاتر پستی معرفی گردند.**

**تمام ارائه دهندگان خدمت اعم از پزشكان خانواده ، متخصصین و مراقبین سلامت بايد تمام مراقبت ها و خدمات پزشكي شامل دارو، پاراكلينيك، مشاوره و ساير خدمات را فقط در پرونده سلامت موجود در سامانه سلامت ایرانیان ثبت نمایند.در صورت عدم امکان ثبت اطلاعات در پرونده الکترونیک سلامت کلیه خدمات ارائه شده در فرمها و پرونده های مربوطه بصورت دستی ثبت و تمامی آمار و اطلاعات درخواستی شبکه ها را ارائه نمایند.**

**كليه كساني كه براي انجام موضوع قرارداد توسط مجتمع بکارگرفته مي شوندكاركنان مجتمع محسوب مي شوند و كليه مسئوليت هاي ناشي از قانون كار، بيمه شاغلين، حوادث غيرمترقبه و ساير قوانين جاري كشور و يا هر نوع حقوق و مزاياي قانوني كاركنان بعهده مجتمع مي باشد و شبکه از هر گونه مسئوليت در اين مورد مبري است.**

**مجتمع ها موظفند نسبت به انجام بیمه مسئولیت مدنی اقدام و بیمه نامه مسئولیت حرفه ای کادر پزشکی و درمانی را ارئه نماید.**

**مجتمع موظف به تشکیل پرونده سلامت و انجام معاینات ادواری برای کارکنان خود می باشد.**

**نظافت واحدها ، تهيه لباس كار ، غذا و امور رفاهی مربوطه طبق استانداردهاي كشوري به عهده پيمانكار بوده و پرسنل تحت پوشش موظفند در كليه مراحل كار ملبس به لباس كار متحد الشکل تعیین شده از طرف کارفرما باشند.**

**كليه افراد بکارگیری شده توسط مجتمع بايستي فاقد سوءپيشينه و عدم محكوميت از طرف مراجع انتظامي و قضايي باشند و بايستي بطور كتبي به شبکه معرفي شوند. در صورتيكه شبکه فرد معرفي شده را تاييد ننمايد، مجتمع حق بكارگيري فرد مذكور را نخواهد داشت.**

**مسئوليت حسن اخلاق و رفتار و رعايت شئونات اداري كليه كاركنان به عهده مجتمع بوده و در صورت تخلف و يا درخواست شبکه، مجتمع موظف است ظرف مدت يک ماه نسبت به جايگزيني پرسنل خاطي اقدام نمايد.**

## بخش پنجم : پایش و ارزشیابی

**محور ارزشیابی در مراکز و مجتمع سلامت مردم می باشند. کلیه خدمات ارائه شده توسط مجتمع سلامت بایستی به اطلاع جمعیت تحت پوشش برسد تا در مواقع نیاز و مراجعه خدمات مورد نیاز را طلب نمایند.**

**مراکز و مجتمع های سلامت برابر چکلیست های پیوستی این دستورالعمل بشرح زیر مورد پایش قرار می گیرند:**

* **خودارزیابی: پایش مستمر عملکردو ارزشیابی مرکز سلامت هر یک ماه یکبار توسط پزشک مسئول مرکز سلامت**
* **ارزشیابی داخلی: پایش مستمر عملکردو ارزشیابی مراکز سلامت و مجتمع هر دو ماه یکبار توسط کارشناسان مجتمع**
* **ارزشیابی خارجی: ارزشیابی عملکرد مراکز و مجتمع های سلامت هر سه ماه یکبارتوسط کارشناسان شبکه**

**نتایج ارزشیابی خارجی بشرح زیر اساس اساس پرداخت به مجتمع قرار خواهد گرفت.**

* **در صورت کسب 90 درصد امتیاز، عملکرد مجتمع سلامت مورد تاییدکارفرما قرار خواهد گرفت و 100% مبلغ قرارداد مربوط به بازه زمانی پایش پس از اعمال كسور قانوني به پیمانکار پرداخت خواهد شد.**
* **در صورت کسب امتیاز بالاتر از 90 به ازای هر امتیاز معادل یک درصد مبلغ قرارداد بمبلغ .................... ریال علاوه بر سرانه پرداخت خواهد شد.**
* **در صورت کسب 70 الی 89 درصد امتیاز ، ضمن مشروط شدن عملکرد و تذکر کتبی به پیمانکار ، به ازای هریک درصد امتیاز کمتر از 90 ، معادل نیم درصد مبلغ قرارداد مربوط به بازه زمانی پایش، کسر خواهد شد و پیمانکار موظف خواهد بود در مدت حداکثر 3 ماه نسبت به اصلاح وضعیت اقدام نماید. در پایان مهلت مقرر، ارزشیابی مجدد بعمل آمده و در صورت احراز حد نصاب، عملکرد مورد تایید قرار می گیرد.**
* **در صورت کسب 70 الی 89 درصد امتیاز در سه بار متوالی نسبت به لغو قرارداد بطور یکطرفه اقدام خواهد شد و پیمانکار حق هیچگونه اعتراضی در این زمینه نخواهد داشت.**
* **در صورت کسب امتیاز کمتر از 70 درصد، ضمن مشروط شدن عملکرد و تذکر کتبی به پیمانکار،85 درصد مبلغ قرارداد مربوط به بازه زمانی پایش، پرداخت خواهد شد. پیمانکار موظف است در مدت حداکثر 3 ماه نسبت به اصلاح وضعیت اقدام نماید. در پایان مهلت مقرر، ارزشیابی مجدد بعمل آمده و در صورت احراز حد نصاب، عملکرد مورد تایید قرار می گیرد.**
* **در صورت کسبکمتر از 70 درصد امتیاز ، در دو بار متوالی نسبت به لغو قرارداد بطور یکطرفه اقدام خواهد شد و پیمانکار حق هیچگونه اعتراضی در این زمینه نخواهد داشت.**

**تشویق (BONUS):**

**پرداخت پاداش به پیمانکار بر اساس ارائه خدمات ویژه ای است که در پیوست این دستورالعمل آمده است. مبلغ ریالی پاداش باید به تایید ستاد سیاستگذاری و راهبردی استان برسد.**

**محتوای پایش و ارزشیابی، شامل رضایت گیرنده خدمت، رضایت کارکنان، کمیت وکیفیت خدمات تمام سطوح، مصرف دارو، مصرف پاراکلینیک، رعایت راهنماهای بالینی، بارارجاع و ... خواهد بود.پيمانكار موظف به همكاري با كارشناسان بازديد كننده خواهد بود.**

## بخش ششم : پرداخت ها و مقررات مالی

**- پرداخت به مجتمع های سلامت به صورت ترکیبی ( MIXED ) شامل سرانه(Percapita) ، FFS ،تشویق(Bonus)خواهد بود.**

**سرانه(Capitation):**

**انواع بسته های خدمت قابل واگذاری به مجتمع های سلامت بر اساس سرانه تعریف شده بشرح زیر خواهد بود:**

* **بسته خدمت الف : ارتقای سلامت،پیشگیری،بیماریابی فعال،سرپایی سطح اول**
* **بسته خدمت ب : ارتقای سلامت،پیشگیری،بیماریابی فعال،سرپایی سطح اول، سرپایی تخصصی**
* **بسته خدمت ج : ارتقای سلامت،پیشگیری،بیماریابی فعال،سرپایی سطح اول، سرپایی تخصصی و بستری**
* **بسته خدمت د : ارتقای سلامت،پیشگیری،بیماریابی فعال،سرپایی سطح اول، سرپایی تخصصی، بستری و توانبخشی**

**سرانه خدمات دارویی و پاراکلینیک بر اساس پوشش هر یک از سطوح اول , دوم و سوم تعیین و به مجتمع ها ابلاغ خواهد شد .**

**مبلغ سرانه بسته به نوع خدمات واگذار شده به مجتمع متفاوت خواهد بود. اين مبلغ پس از انجام کار کارشناسی در کمیته مربوطه به ستاد سیاستگذاری و راهبردی استان با توجه به میزان سرانه کل کشور پیشنهاد و پس از تصویب، مبنای عقد قرارداد با مجتمع های سلامت خواهد بودکه ممكن است هر سال يا هرچند سال يك بار، تغيير يابد.**

**سرانه خدمات پیشگیری،بیماریابی،سرپایی سطح اول و سرپایی تخصصی مستقیما پرداخت خواهد شد.**

**سرانه خدمات معاینه، آموزش، فلورایدتراپی، فیشور سیلانت، جرم گیری، ترمیم دندان 6 و کشیدن دندان های عفونی گروه های هدف( کودکان زیر 14 سال و زنان باردار) به مجتمع پرداخت می گردد.**

**سرانه خدمات دارو ، پاراکلینیک ، بستری و توانبخشی در قرارداد منعقده به مجتمع های سلامت ابلاغ شده ودر صورت صرفه جویی در هزینه خدمات مذکور (دارو ، پاراکلینیک ، بستری و توانبخشی ) بخشی از صرفه جویی به عنوان پاداش به مجتمع پرداخت خواهد گردید. میزان پاداش از محل صرفه جویی توسط ستاد سیاستگذاری و راهبردی استان تعیین می گردد.در صورت عدم تامین اعتبار سرانه مذکور هزینه ارائه خدمات مذکور برابر مقررات توسط سازمان های بیمه گر و مردم تامین خواهد شد.**

 **هزینه درمان بیماران صعب العلاج و خاص بصورت جداگانه محاسبه و به مجتمع ها پرداخت خواهد شد. نحوه محاسبه و میزان پرداخت توسط ستاد سیاستگذاری و راهبردی استان ابلاغ می گردد.در صورت عدم تامین اعتبار سرانه مذکور هزینه ارائه خدمات مذکور برابر مقررات توسط سازمان های بیمه گر و مردم تامین خواهد شد.**

**پرداخت تشویقی (BONUS):**

 **در صورت انجام اقدامات خاص و خدمات ويژه در مورد جمعیت تحت پوشش (تشخيص بيماريهاي نادر، مسري، تهديد کننده حيات و ...) پرداخت های تشویقی به مجتمع سلامتصورت مي پذيرد . (تعیین و میزان پرداخت پاداش توسط ستاد سیاستگزاری و راهبردی استان ابلاغ خواهد شد )**

**لیست خدماتی که شامل پرداخت تشویش می شود به پیوست قرارداد آمده است.**

 **FFS:**

**کل هزینه خدماتی که مشمول سرانه و تعهدات بیمه نمی باشد طبق تعرفه دولتی و برابر مقررات جاری وزارت از مراجعین دریافت خواهد شد نظیر خدمات پزشکی پرستاری ( تزریقات پانسمان ، بخیه ، شستشوی گوش ، سونداژ و ...)**

**در قبال برخی خدماتی که مشمول سرانه نمی باشند اما در تعهدات سازمان های بیمه گر می باشند فرانشیز دریافت خواهد شد. فرانشیز دریافتی از مراجعین درآمد مجتمع محسوب می گردد. میزان فرانشیز وخدماتی که فرانشیز به آنها تعلق می گیرد طبق تعرفه دولتی و بر اساس قوانین جاری کشور تعیین می گردد.**

**ارایه خدمات پیشگیری،بیماریابی ، مراقبت و ارتقای سلامت به گروه های هدف که در قرارداد مشخص خواهد شدرایگان بوده و فرانشیزی دریافت نمی گردد.**

**خانوار های تحت پوشش این برنامه در صورت رعایت مفاد این بخشنامه و نظام ارجاع از خدمات بستری ارائه شده در سطوح سه گانه سلامت با پرداخت فرانشیز بهره مند خواهند شد.**

 **خانوار هایی که قادر به پرداخت فرانشیز خدمات نمی باشند جهت دریافت مساعدت مالی توسط مجتمع به سازمان های حمایتی معرفی خواهند شد. لازم به توضیح است که در مورد خدمات اورژانسی معرفی به سازمانهای مذکور پس از ارائه خدمات صورت خواهد گرفت.**

 **هرگونه دریافت ، غیر از تعرفه ها و فرانشیز های مصوب دولتی توسط واحدهای ارائه دهنده خدمات مجتمع ممنوع می باشد.**

**پرداخت سرانه وتغییرات میزان آن:**

* **مدت قرارداد منعقده با مجتمع سلامت بمدت 5 سال تمام هجري شمسي می باشد.در طول مدت قرارداد هر سال، بر اساس سرانه اعلامی از طرف دانشگاه و با توافق طرفین، قرارداد با سرانه جدید به مورد اجرا گذاشته خواهد شد. تضمین قرارداد سالانه و هر سال بر اساس سرانه همان سال خواهد بود.**
* **مبنای پرداخت به مجتمع جمعیت تحت پوشش بر اساس اطلاعات سامانه سلامت می باشد.**
* **مبنای پرداخت برای سه ماهه اول قرارداد، جمعیت تحت پوشش در زمان عقد قرارداد می باشد .**
* **بررسي و تاييد جمعیت تحت پوشش در سامانه بصورت سه ماهه و در پایان ماه سوم توسط کار فرما صورت خواهد گرفت و مبناي پرداخت به پيمانكار برای سه ماهه بعدی خواهد بود.**
* **جمعیت تحت پوشش به جمعیتی اطلاق می شود که بعد از سرشماری و ثبت در سامانه ، تحت پوشش یکی از پزشکان خانواده قرار گرفته باشد.**

**مقررات مالی:**

* **پرداخت به پیمانکار بصورت ماهانه خواهد بود بدین صورت که در ابتدای هر ماه، هشتاد درصد يك دوازدهم از مبلغ قرارداد پرداخت خواهد شد و در پایان سه ماهه پرداخت قطعی بر اساس نتایج ارزشیابی به پیمانکار صورت می گیرد.**
* **پرداخت قطعی به مجتمع ها در مقاطع سه ماهه بر اساس نتایج ارزشیابی صورت می پذیرد.**
* **اگر چنانچه تا پایان سال اول قرارداد ویزیت پایه هر پرونده ثبت شده ، انجام نشده باشد به ازای هر نفر مبلغ ............. ریال از سرانه مجتمع سلامت کسر خواهد شد .**
* **تامین فضاهای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز با تائيد شبکه ها، بعهده مجتمع مي باشد.در صورت واگذاري محل ارائه خدمات و تجهیزات و اموال دولتی توسط شبکه به مجتمع قرارداد اجاره نامه جداگانه بر اساس بند 3 تبصره ماده 55 آئين نامه مالي و معاملاتي دانشگاه و از طريق كارشناس خبره منتخب رئيس دانشگاه ميان طرفين منعقد مي گردد.**
* **مجتمع ها موظفند براي تمامي كاركنان خود حكم حقوقي مطابق ضوابط و مقررات قانون كار و تامين اجتماعي صادر كرده و به انضمام ساير مدارك تحويل شبکه ها نمايد و مطابق حكم فوق الذكر حقوق پرسنل را ماهانه به حساب بانكي آنها واريز و لیست های بانکی را تحویل نماید.**
* **مجتمع های سلامت موظفند براساس قوانین جاری کشور نسبت به پرداخت مطالبات پرسنل شاغل مجتمع و مراکز سلامت اقدام نماید و اسناد پرداختی اعم از بانکی و بیمه ای را به کارفرما ارائه نماید. بدیهی است که پرداخت سرانه منوط به ارائه مدارک فوق می باشد.**
* **مجتمع ها مکلفند در پايان سال تسويه حساب پرسنل شامل پرداخت عيدي، حق سنوات و بازخريد مرخصي را براساس قانون کار انجام داده و فيش واريزي به حساب پرسنل و فرم تسويه حساب تائيد شده توسط پرسنل را به شبکه ها تحويل نمايد.**
* **پرداخت کلیه كسور قانوني قرارداد منعقده بعهده مجتمع مي باشد.**

##

## بخش هفتم : ساختار و وظایف بخش پشتیبانی برنامه پزشک خانواده

**چارچوب مشروحه زیر برای اجرای برنامه پزشک خانواده و راه اندازی مجتمع های سلامت طراحی شده است:**

**ستاد سیاستگذاری و راهبردی پزشک خانواده در استان:**

**ترکیب ستادسیاستگذاری وراهبردی در سطح استان :**

* **رییس دانشگاه(رئیس ستاد)**
* **مدیر کل امور اجتماعی استانداری**
* **معاون بهداشت(رئیس دبیرخانه ستاد)**
* **معاونیندرمان،آموزش، غذا و دارو وپشتیبانی دانشگاه**
* **مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان**
* **مدیر درمان سازمان تامین اجتماعی**
* **رئیس اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان**
* **رئیس اداره درمان کمیته امام(ره)**
* **رییس شواری عالی نظام پزشکی استان**
* **رئیس گروه توسعه شبکهمرکز بهداشت استان**
* **مدیر درمان دانشگاه**

**وظایف ستاد سیاستگذاری و راهبردی استان شامل موارد زیر است:**

* **سیاستگذاریبرنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح استان**
* **انجام هماهنگی های مورد نیاز برای اجرای طرح پزشک خانواده برای شهرستان ها**
* **تعیین سرانه خدمات مختلف واگذار شده به مجتمع های سلامت**
* **تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای کمک به اجرای مناسب تر برنامه**
* **بررسی چالش ها و تصمیم برای راه کارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات**
* **ارایه پس خوراند به شهرستان های مجری طرح**

**کمیته های ستاد سیاستگذاری و راهبردی استان:**

* **سیاستگذاری**
* **ساختار**
* **ارجاع**
* **گایدلاین**
* **آموزش**
* **اقتصاد سلامتو منابع**
* **فن آوری و اطلاعات**
* **پایش وارزشیابی**
* **فرهنگ سازی و اطلاع رسانی**

**ستاد اجرایی شهرستان**

* **فرماندار(رییس ستاد)**
* **رییس شبکه(جانشین رئیس ستاد و دبیر ستاد)**
* **رییس مرکز بهداشت شهرستان**
* **معاون درمان شبکه شهرستان(در شهرستان تک بیمارستانی رئیس بیمارستان)**
* **نماینده هر یک از سازمان های بیمه گر شهرستان**
* **مسئول واحد توسعه شبکه شهرستان**
* **نماینده مجتمع های سلامت**

**وظایف ستاد اجرایی شهرستان به شرح زیر خواهد بود:**

* **تحلیل وضعیت موجود**
* **سازماندهی لازم برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده و تیم سلامت:**
* **تحلیل وضعیت سلامت شهرستان(Health Profile)**
* **ترسیم وضعیت مطلوب شهرستان به منظور هدف گذاری عملیات اجرایی براساس توان شهرستان**
* **تدوین برنامه عملیاتی شهرستان**
* **تدوین نظام پایش و ارزشیابی**
* **هماهنگی آموزش همگانی، برقراری ارتباط و اطلاع رسانی**
* **ارتباط با مسئولان سیاسی و مذهبی شهرستان و جلب حمایت**
* **آگاه سازی مردم از اهداف نظام ارایه خدمات سلامت و پزشکان**
* **آموزش کارشناسان شبکه شهرستان و سازمان های بیمه گر**
* **برقراری ارتباط، اطلاع رسانی وبازآموزی پزشکان**
* **اعلام آغاز طرح و شرایط هم کاری و ثبت نام پزشکان با ستاد اجرایی شهرستان:**
* **هدایت عملیات اجرایی طرح در شهرستان ...**
* **پایش عملکرد پزشکان، تیم سلامت**
* **پیش بینی ساز و کار تلفیق نتایج پایش های مجزای انجام شه توسط واحدهای مختلف**
* **فراهم کردن شرایط اجرای تمام دستورعمل های ابلاغی از سوی ستاد ملی و استانی**
* **نظارت بر عملکرد ادارات ذی ربط در اجرای برنامه**
* **حمایت های مورد نیاز قانونی و مدیریتی در اجرای برنامه**
* **بررسی چالش ها و تعیین راه کارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای برنامه و هماهنگی با ستاد استانی**

**مرکز هدایت و راهنمایی بیماران Call center**

**در هر شهرستان با داشتن شماره تلفن ترجیحاً 3 یا 4 رقمی منحصر به فرد با تعدا خطوط و اپراتور کافی در تمام مدت 24 ساعت پاسخ گوی مردم بوده و در تمام مراحل انتخاب پزشک خانواده تا استفاده از خدمات اورژانس و حتی کمک به دریافت خدمات ویژه آنان را راهنمایی کرده و نقش هماهنگ کننده را در مواردی که به هر دلیل بین ارایه کننده خدمت و دریافت کننده خدمت ناهماهنگی وجود دارد، به عهده خواهد داشت.**

**راه اندازی این مرکز از وظایف دانشگاه/شبکه بهداشت و درمان بوده و مسئولیت دریافت شکایت مردم، ارایه آن به واحد مربوطه و دریافت و ارایه پاسخ به شاکی از وظایف این مرکز است. این مرکز با نظر مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده ، وظیفه حل مشکلات بیماران را در ارجاع به سطوح بالاتر به طور شبانه روزی بر عهده دارد. منابع مورد نیاز اجرای این قسمت باید توسط دانشگاه علوم پزشکی تأمین شود.**

**ساختار مدیریتی برنامه**

**ستاد راهبردی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع استان**

**کمیته فرهنگ سازی واطلاع رسانی همگانی**

**کمیته فن آوری اطلاعات**

**کمیته**

**سیاستگذاری**

**کمیته آموزش**

**کمیته منابع**

**کمیته پایش و ارزشیابی**

**کمیته ساختار**

**کمیته ارجاع**

**کمیته اقتصاد بهداشت**

**کمیته گایدلاین**

**ستاد اجرایی پزشک خانواده شهرستان(4)**

**ستاد اجرایی پزشکخانواده شهرستان(3)**

**ستاد اجرایی پزشک خانواده شهرستان(2)**

**ستاد اجرایی پزشک خانواده شهرستان(1)**

**مجتمع سلامت**

**مجتمع سلامت**

**مرکز سلامت**

**مرکز سلامت**

## بخش هشتم : پیوست ها و ضمائم

* **پیوست1 : استاندارد فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز مجتمع سلامت**
* **پیوست2: بسته های خدمات و راهنمای بالینی بیماریها**
* **پیوست3: شرح وظایف کارکنان مجتمع**
* **پیوست4: چکلیست پایش و ارزشیابی**
* **پیوست5: ضوابط پرداخت های تشویقی**
* **پیوست6: قرارداد واگذاری**
* **پیوست7: تعرفه ها و مقادیر فرانشیز بخش های مختلف**